

  Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema U.O. Ufficio Qualità	PROCESSO PER LA ELABORAZIONE E LO SVILUPPO DEL PIMO nell'ASST di CREMA	PG 11 Rev. 0 13/12/2018 Pag 1 di 28
---	---	--

ASST DI CREMA
Direzione Generale
Sistema Aziendale Qualità

PROCESSO PER LA ELABORAZIONE E LO SVILUPPO DEL PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE NELLA ASST DI CREMA

in ottemperanza a

-**Linee guida** per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo – Direzione Generale Salute – gennaio 2014

-**DGR 3652 del 05.06.2015** “DETERMINAZIONI RELATIVE AL “PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE (PIMO)”;

-**DGR 7543 del 18 dicembre 2017** “DETERMINAZIONI RELATIVE AL “PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE: Piattaforma Primo”;

Redazione e proposta	Approvazione
Responsabile Aziendale Qualità	Direzione Strategica Approvato con Delibera n° 513 del 13/12/2018

INDICE

IL PERCORSO IN REGIONE LOMBARDIA	3
IL MIGLIORAMENTO CONTINUO	4
IL PIMO	5
OBIETTIVI.....	6
AMBITI DI APPLICAZIONE	6
DEFINIZIONI	7
RESPONSABILITA'.....	9
RACCOMANDAZIONI: AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE, PROSPETTIVE E CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI.....	9
R1) AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO	10
R2) CRITERI PER LA SCELTA DEGLI OBIETTIVI.....	10
R3) CORRISPONDENZA DEI LIVELLI ORGANIZZATIVI	10
R4) VALORIZZARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI SISTEMI INTERNI DI VALUTAZIONE DEI PROCESSI	11
R5) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI E CORRISPONDENTI INDICATORI	11
R6) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	11
IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE	9
AZIONI	12
METODOLOGIA ED APPROCCIO OPERATIVO	12
PIANIFICAZIONE STRATEGICA (FASI A1-A2-A3-B)	14
A1) VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI IN INGRESSO AL RIESAME	14
A2) COINVOLGIMENTO ED INTEGRAZIONE.....	16
A3) INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITA'.....	17
B) APPROVAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO	19
PROGRAMMAZIONE (FASE C).....	20
C) DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI ANNUALI	20
MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI (FASE D)	22
D) MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	22
RENDICONTAZIONE E TRASPARENZA (FASE E)	23
E) REPORTING E COMUNICAZIONE	23
CORRELAZIONE TEMPORALE FRA IL PIANO DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE E GLI ALTRI DOCUMENTI DI PIANIFICAZIONE.....	24
CRUSCOTTO AZIENDALE – IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI ELEMENTI DA MONITORARE NELLE AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO	24
FORMAZIONE	24
IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLA RACCOMANDAZIONE A LIVELLO AZIENDALE	25
ALLEGATI	26
INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE.....	26

PREMESSA**IL PERCORSO IN REGIONE LOMBARDIA**

Regione Lombardia ha attuato un Programma per la *promozione della qualità e della sicurezza delle cure* mediante la definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione in ottemperanza a disposizioni nazionali fra cui l'Atto di Indirizzo per il 2015 del Ministero della Salute, con cui sono state fornite indicazioni per i programmi di controllo e miglioramento della qualità, sottolineando l'azione di controllo della spesa.

Infatti ha emanato le seguenti disposizioni:

d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 “Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014” il quale, al capitolo “La verifica della qualità delle strutture”, intende perseguire l'obiettivo di valutare la qualità e le performance delle strutture accreditate al fine di ottenere il massimo livello qualitativo delle prestazioni;

- la d.c.r. n. X/78 del 09.07.2013 “Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura” che indica, all'interno dei programmi di tutela e promozione della salute, come tutte le attività programmate dovranno avere come obiettivo quello di mantenere l'attuale elevato livello qualitativo delle cure e l'alta reputazione che il sistema sanitario regionale lombardo ha anche a livello internazionale;

- la d.g.r. n. X/1185 del 20.12.2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014” che, all'allegato 3) “Ambito Sanitario”, specifica gli interventi per il miglioramento di qualità ed appropriatezza nel sistema sanitario lombardo; al punto 3.1.2. “Interventi di miglioramento della qualità della rete di offerta assistenziale” prevede la predisposizione del “Piano integrato per il miglioramento dell'Organizzazione” (P.I.M.O.) per lo sviluppo del Programma di miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente seguendo le indicazioni dei gruppi progetto;

- la d.g.r. n. X/2989 del 23.12.2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015” che, all'allegato B) al capitolo “Sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.)” ha stabilito la realizzazione del P.I.M.O. attraverso una piattaforma su portale regionale che preveda, all'interno delle quattro aree individuate - valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi-, lo sviluppo delle conoscenze e le valutazioni del sistema mediante le quali le strutture ospedaliere valorizzano il percorso di crescita dell'organizzazione integrando la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie;

-in ottemperanza alle delibere sopra citate, con i sotto indicati decreti del Direttore Generale Salute:

- d.d.g. n. 1041 del 14.2.2012 di costituzione del “Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente” – composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi - con il fine di sviluppare un programma di valutazione del miglioramento continuo della qualità del Sistema Sanitario Regionale ed un nuovo metodo di verifica, monitoraggio e controllo dei requisiti di accreditamento delle strutture di ricovero e cura accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;

- d.d.g. n. 1685 del 28.02.2014 di ricostituzione del “Gruppo di Lavoro Miglioramento della Qualità e Sicurezza del paziente” - composto dai Responsabili aziendali della Qualità di tutti gli ospedali lombardi – con l'obiettivo di sviluppare il “Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)” nonché di predisporre il “Manuale per il

supporto e l'accompagnamento delle strutture nella realizzazione del Piano integrato di miglioramento”;

- il Gruppo di Lavoro di cui al Decreto del D.G. Salute n. 1685/2014 ha concluso le attività elaborando il documento “Linee guida per la elaborazione e lo sviluppo del Piano Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo”;

- con la DGR 3652 del 05/06/2015 ha:

approvato il documento “Programma Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione”, predisposto dalla DG Salute sulla base delle linee guida di cui al punto precedente - allegato parte integrante al provvedimento, quale atto fondamentale per indirizzare le attività di valutazione e di miglioramento continuo dell’organizzazione, in quanto:

- comprende i criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza, economicità e sostenibilità;
- costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi;
- è disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo;
- è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, da raggiungere anche mediante un’appropriata gestione economico-finanziaria;

disposto che sia somministrato a tutte le strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto del Sistema Sanitario Regionale lombardo al fine di:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell’assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;

stabilito che il documento di cui al punto precedente sia applicato a tutto il Sistema Sanitario Regionale lombardo a partire dal 5.6.2015;

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il **miglioramento continuo** è un insieme di attività dirette a tenere sotto controllo e a migliorare processi ed esiti mediante un sistema di obiettivi, indicatori, procedure organizzative e di linee guida e la verifica della loro applicazione ed efficacia.

Affinché l’organizzazione possa rinnovarsi e migliorare giorno dopo giorno, con continuità, è necessario che il miglioramento sia considerato un’attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti ed integrati, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione; è quindi un vero e proprio **processo**, nell’ambito del quale vengono definiti gli obiettivi, le relative fasi e individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e risultati.

Il modello implica il coinvolgimento del cittadino e delle parti interessate, nella definizione della qualità dei servizi offerti e nella promozione e sviluppo della propria capacità di contribuire al benessere personale e collettivo (empowerment), secondo i principi della tracciabilità e della comunicazione trasparente.

II PIMO

Il **Piano di Miglioramento integrato dell' Organizzazione** costituisce il riferimento **unitario ed integrato** per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.

Il presente Processo e gli strumenti sono utilizzati dalla Struttura sanitaria per:

- colmare il gap che esiste fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- focalizzare l' attenzione sui processi che generano attività e valore nelle strutture sanitarie (creazione di servizi, percorsi organizzativi, percorsi clinico-assistenziali), integrando la logica della visione economico-finanziaria, insufficiente da sola a consentire di recuperare valore dalle attività sanitarie.

ASST DI CREMA

OBIETTIVI

Il presente documento, con la metodologia e gli strumenti proposti, intende:

- supportare la direzione strategica nella **programmazione pluriennale e annuale delle attività**, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;
- rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;
- favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;
- condurre l'organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l'attenzione sui processi aziendali;
- rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell'organizzazione;
- promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;
- considerare le **Aree Chiave per la creazione di valore** e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell'organizzazione;
- promuovere la comunicazione interna ed esterna:
 - o dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, di progressi ottenuti, di corretto ed appropriato uso delle risorse
 - o degli obiettivi per il miglioramento continuo

AMBITI DI APPLICAZIONE

Come previsto dalla DGR 3652/2015 il presente documento si applica alle Direzioni Strategiche, con il coinvolgimento di tutte le funzioni interessate delle Strutture Sanitarie, accreditate con il Sistema Sanitario Regionale (SSR).

Si applica al processo di gestione del miglioramento continuo dell'organizzazione, nelle fasi che vanno dall'analisi dei bisogni alla pianificazione e monitoraggio dei piani di miglioramento fino alla comunicazione dei risultati raggiunti.

DEFINIZIONI

Definizioni ai fini della applicazione del presente percorso.

Accountability

L'esigenza di rendere conto da parte di coloro che hanno ruoli di responsabilità nei confronti della società o delle parti interessate al loro operato ed alle loro azioni.

Il termine richiama due accezioni:

1. da un lato il dar conto all'esterno e in particolare al complesso degli stakeholder, in modo esaustivo e comprensibile, del corretto utilizzo delle risorse e della produzione di risultati in linea con gli scopi istituzionali;
2. dall'altro l'esigenza di introdurre logiche e meccanismi di maggior responsabilizzazione interna alle aziende e alle reti di aziende relativamente all'impegno di tali risorse ed alla produzione dei correlati risultati.

Insieme al concetto di responsabilità, l'accountability, presuppone quello di trasparenza e di compliance. La prima è intesa come accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, fra cui gli indicatori gestionali e la predisposizione del bilancio e di strumenti di comunicazione volti a rendere visibili decisioni, attività e risultati. La seconda si riferisce al rispetto delle norme ed è intesa sia come garanzia della legittimità dell'azione sia come adeguamento dell'azione agli standard stabiliti da leggi, regolamenti, linee guida etiche o codici di condotta.

Determinanti della Qualità

L' Institute of Medicine in *"Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century"* li ha definiti come segue:

EFFICACIA Vuol dire erogare servizi basati su conoscenze scientifiche a coloro che ne possono beneficiare e non fornire servizi a coloro ai quali non è probabile che abbiano beneficio;

TEMPESTIVITA' Significa erogare le cure necessarie entro i tempi richiesti dalla gravità clinica evitando i ritardi, riducendo le attese, sia per coloro che ricevono che per coloro che eseguono le cure;

SICUREZZA La sicurezza del paziente è prioritaria; occorre proteggere il paziente evitandogli i danni procurati con le cure fornite per aiutarlo;

EFFICIENZA Evitare sprechi, inclusi i materiali, i presidi, le attrezzature, le risorse, le energie

EQUITA' L'accesso alle cure deve essere garantito a tutti in modo equo; vuol dire erogare cure e servizi che non siano diversi per livelli di qualità ai cittadini a causa della loro appartenenza a genere, etnicità, provenienza geografica e stato socio economico; l'informazione deve essere comprensibile da parte del cittadino;

ORIENTAMENTO AL CITTADINO

Erogare cure che siano rispettose e che rispondano alle preferenze, bisogni e valori del cittadino, assicurando che i valori del paziente guidino tutte le decisioni cliniche.

Empowerment

Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e conseguentemente adottando coerenti comportamenti. Processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità della vita.

Tale definizione contempla oltre all'aspetto psicologico dell' empowerment anche quello organizzativo e di comunità.

Performance

Azioni manifeste o oggettivabili di un soggetto (singolo o équipe) come espressione concreta e misurabile, attraverso appositi indicatori, delle abilità dello stesso.

In ambito organizzativo le performance riguardano la risposta a precisi mandati e ad ambiti di lavoro riconosciuti, in funzione della realizzazione del servizio/prodotto.

Le performance sono il campo privilegiato dell'intervento formativo: il loro miglioramento può riguardare la sostanza (nuove performance) oppure le modalità concrete di esecuzione (forma, metodo, relazione).

Migliorare le performance appartiene, nella logica dell'agire processuale, al campo del metodo (protocolli, procedure ecc.) ed alle persone¹.

PDCA Cycle:

P - Plan. Pianificazione.

D - Do. Realizzazione del programma.

C - Check. Misurazione, test e controllo dei risultati e dei riscontri.

A - Act. Analisi e sviluppo continuo, azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo.

Pianificazione: Processo attraverso il quale l'azienda definisce:

1. Gli obiettivi da conseguire;
2. L'orizzonte temporale entro il quale gli obiettivi devono essere raggiunti;
3. Le azioni necessarie a conseguire gli obiettivi;
4. Le risorse necessarie (umane, materiali, finanziarie);

Il prodotto della Pianificazione è il **Piano**.

Piano Integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione: Documento redatto dalla organizzazione sanitaria applicando una metodologia dettagliata, preventivamente formulata, che individua i bisogni, elenca le strategie atte a soddisfare quei bisogni e stabilisce obiettivi intermedi ed a lungo termine. Si suddivide in una componente **strategica di lungo periodo** ed in una **parte operativa-tattica** di breve periodo (annuale).

Programma: direttamente collegato alla visione operativa

Responsabile della valutazione e del miglioramento della qualità

Soggetto previsto dal Requisito di Accreditamento OGVQA 02, nominato dalla Direzione Strategica che presiede alle attività della valutazione e del miglioramento della qualità; Nel testo è denominato **“Responsabile per la Qualità”**;

Riesame

Attività sistematica e strutturata di valutazione effettuata dalle Direzioni circa lo stato e l'adeguatezza del sistema di gestione per la qualità in relazione alla politica per la qualità e ai relativi obiettivi ed eventuale definizione di nuovi obiettivi derivanti dal mutamento delle condizioni.

L'attività è effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia dei piani a conseguire

¹ Vedi anche CIVIT, DELIBERA 89/2009 <http://www.civit.it/wp-content/uploads/Delibera-n.89.20101.pdf>

gli obiettivi stabiliti. Il vertice aziendale deve riesaminare il sistema di gestione per la qualità per assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia.

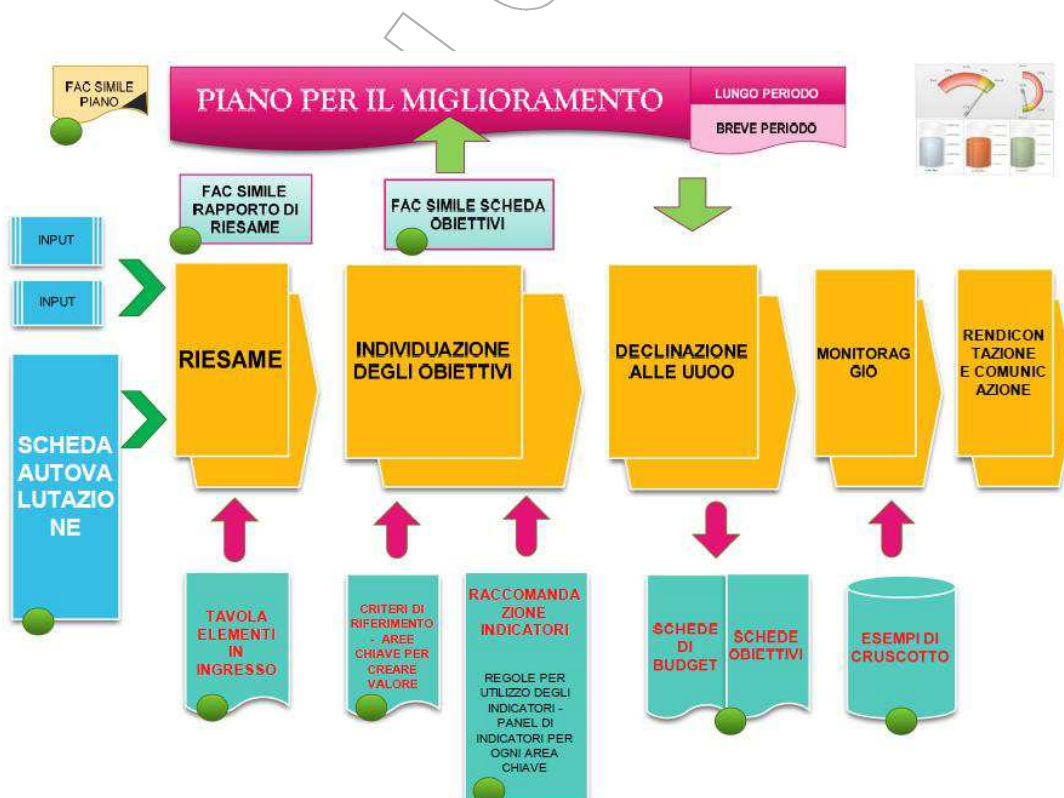
RESPONSABILITA'

1. La Direzione Strategica è responsabile
 - a. della gestione del processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione;
 - b. di assicurare che il processo di pianificazione, programmazione e monitoraggio del miglioramento dell'organizzazione sia realizzato tramite il Responsabile della valutazione e del miglioramento della qualità (di seguito denominato Responsabile per la Qualità);
2. Le Strutture di line e di staff della Direzione Strategica hanno la responsabilità di:
 - a. effettuare il riesame di competenza, a consuntivo dell'anno,
 - b. proporre obiettivi operativi di miglioramento,
 - c. attuare, per le parti di competenza, il **Piano integrato per di miglioramento dell'organizzazione** approvato;
 - d. misurare e monitorare le attività.

CONTENUTI

IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE

FIGURA N° 01 VISIONE SISTEMICA DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE E CONTESTUALIZZAZIONE DEGLI STRUMENTI DISPONIBILI



RACCOMANDAZIONI: AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE, PROSPETTIVE E CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Il Miglioramento dell' Organizzazione si concretizza nel governo del processo di formulazione e realizzazione degli obiettivi aziendali.

Il Documento che raccoglie gli obiettivi strategici di lungo, medio periodo e quelli operativi è denominato **Piano Integrato per il Miglioramento dell' organizzazione**.

Al fine di consentire la creazione di valore è necessario individuare le **aree chiave per la creazione di valore** ed i **criteri** di riferimento per orientare obiettivi e indicatori applicabili alla specificità delle organizzazioni sanitarie.

Sono individuate di seguito alcune **Raccomandazioni** per guidare il processo:

R1) AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

La azienda sanitaria assume come riferimento di contesto le **aree chiave di miglioramento (aree chiave per la creazione di valore)** individuate nello schema rappresentato nella **Figura 01**. Il riferimento indicato guida la declinazione degli obiettivi e dei relativi indicatori; le AREE individuate trovano riferimento nella sintesi operata da AGENAS², che lungi dall' essere proposta quale modello esclusivo di riferimento, si ritiene costituisca una concreta visione di contesto e rappresenta anche una possibile classificazione di riferimento per gli obiettivi ed i relativi indicatori.

In essa sono racchiuse di fatto tutte le Prospettive applicabili all' organizzazione sanitaria:

1. Economico-Finanziaria,
2. Processi interni,
3. Crescita ed innovazione,
4. Clienti,

utilizzate in modelli presenti in Letteratura, ma con un dettaglio insufficiente a rappresentare compiutamente il mondo delle aziende sanitarie.

R2) CRITERI PER LA SCELTA DEGLI OBIETTIVI

le scelte strategiche effettuate devono essere orientate alla Azienda sanitaria nel suo complesso, alla qualità dei risultati di salute da raggiungere sia per i singoli utenti dei servizi sia per la intera comunità; gli obiettivi di miglioramento rappresentano tutte le dimensioni della qualità riconosciute e definite dall' Institute of Medicine³: efficacia, tempestività, sicurezza, efficienza, equità, orientamento al cittadino⁴.

R 3) CORRISPONDENZA DEI LIVELLI ORGANIZZATIVI

Il Piano deve essere adeguato e differenziato per livelli organizzativi:

- a. istituzionale
- b. delle direzioni strategiche
- c. delle direzioni operative

FIGURA N° 02 AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO – AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE

² Francesco Di Stanislao e Fabrizio Carinci: "Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell' assistenza sanitaria; Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno XI Monitor numero 30, 2012;

³ "Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century"

⁴ Cfr paragrafo "definizioni"

TABELLA XX - AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE)				
OGGETTI	OGGETTIVI	CRITERI (LIVELLO MACRO)	CRITERI (LIVELLO MESO)	CRITERI (LIVELLO MICRO)
LA SALUTE	GARANTIRE I LIVELLI DI ASSISTENZA	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' SERVIZI
				FRUIBILITA' SERVIZI
			APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	LIVELLI DI UTILIZZAZIONE
				VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE
				APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI
				CONTROLLO DEL DOLORE
				GESTIONE RISCHIO CLINICO
			APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DI FORMAZIONE
				COMPETENZE PER AREE CHIAVE
				SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DI LEADERSHIP E MANAGERIALI
				COMPLICANZE
				RIAMMISSIONI
				OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI
LE RISORSE	GARANTIRE IL BUON USO DELLE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE
				SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA
			EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA USO REGIMI DI ASSISTENZA
				APPROPRIATEZZA USO RISORSE UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE
				ADEGUATEZZA INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE, ICT,
				SODDISFAZIONE OPERATORI
I DIRITTI	GARANTIRE I DIRITTI ED IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA
				ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DELLA STRUTTURA
				ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
				CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L' UTENTE/PAZIENTE
			COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
				SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Da AGENAS modificata

4) VALORIZZARE LE INFORMAZIONI FORNITE DAI SISTEMI INTERNI DI VALUTAZIONE DEI PROCESSI

L'organizzazione ai vari livelli direzionali deve applicare strumenti di autovalutazione dei propri processi:

- 1) la **Scheda di autovalutazione di Regione Lombardia**;
- 2) i Manuali specificamente orientati a sviluppare aree di eccellenza (esempio Manuale Standard JCI, Manuale HPH&HS)
- 3) le informazioni generate dalla applicazione degli strumenti di rilevazione del rischio applicati a tutti gli ambiti dell' azienda e a tutti i processi, (sistema segnalazioni spontanee, reclami, ecc.) nonché dei report provenienti dai sistemi di auditing;

L'organizzazione deve dare evidenza ai risultati da essi generati traducendo in obiettivi specifici le aree non completamente raggiunte o critiche.

R5) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI E CORRISPONDENTI INDICATORI

Per ogni obiettivo, identificato secondo il ciclo descritto nell' apposito paragrafo deve essere identificato il/i corrispondente/i indicatori mediante un approccio metodologico corretto.

Questo processo è descritto nella **RACCOMANDAZIONE "INDICATORI DI VALUTAZIONE DEGLI OSPEDALI E DI MONITORAGGIO INTERNO DEI PROCESSI AZIENDALI"** che, in questa fase, è orientata ai processi prettamente sanitari;

R6) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'organizzazione monitora costantemente il posizionamento rispetto agli standard dell' accreditamento istituzionale e lo individua quale criterio prioritario di adeguamento;

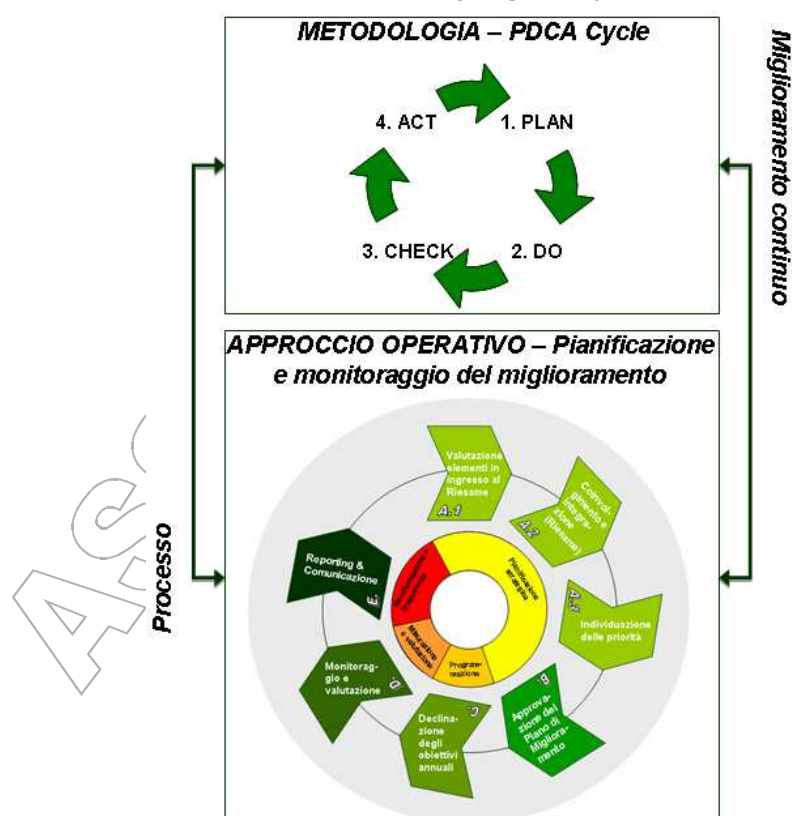
AZIONI

METODOLOGIA ED APPROCCIO OPERATIVO

L'approccio operativo per la definizione e l'implementazione del **Piano integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione** si basa :

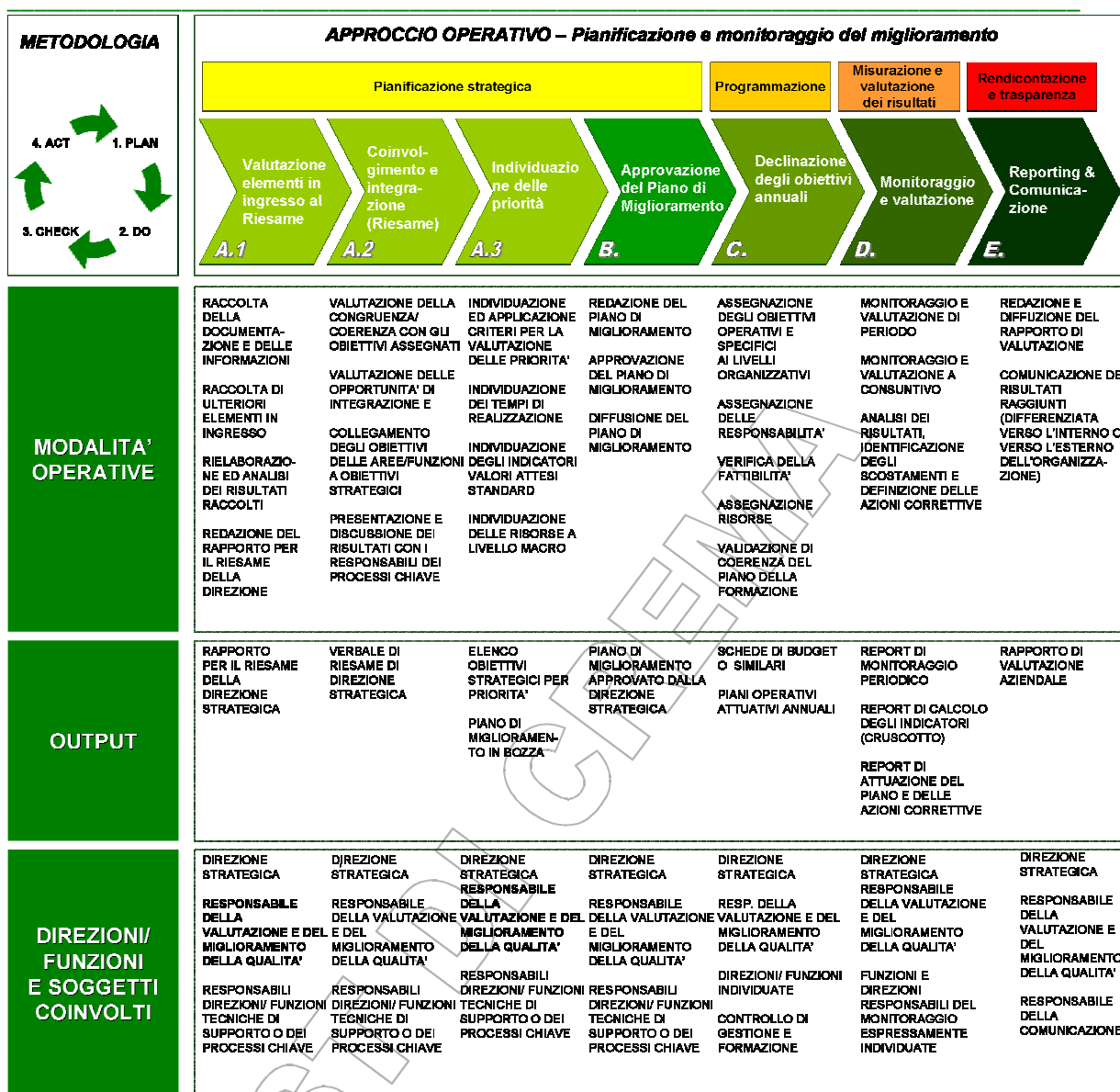
- sulla metodologia PDCA, modello per il miglioramento della qualità;
- sui requisiti gestionali messi a sistema dalle Norme UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN ISO 9004:2005;
- sulla normativa e indicazioni indirizzate agli Enti della P.A.;
- sul Programma Triennale per l'implementazione del Sistema di valutazione delle Aziende Sanitarie accreditate e del management della Aziende Sanitarie pubbliche;
- sul Progetto per il Servizio Triennale di valutazione delle Aziende Sanitarie e del trasferimento del know-how alle Aziende Sanitarie Locali;
- sulle Linee Guida per la pianificazione e il monitoraggio del miglioramento, proposte dal **CAF** (Common Assessment Framework) e promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Pubbliche Amministrazioni (**Fig. 03**);

FIGURA N° 03- METODOLOGIA ED APPROCCIO OPERATIVO



La **Figura n.° 04** seguente descrive la sequenza delle Fasi e le modalità operative del processo, gli output, le funzioni coinvolte, le responsabilità:

FIGURA N°04 – APPROCCIO OPERATIVO – PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEL MIGLIORAMENTO -DETTAGLIO



PIANIFICAZIONE STRATEGICA (Fasi A1-A2-A3-B)

A1) VALUTAZIONE DEGLI ELEMENTI IN INGRESSO AL RIESAME

Obiettivi

L'obiettivo di questa prima fase preparatoria del **“Riesame della Direzione Strategica”** è quello di acquisire, comprendere e valutare, tutte le informazioni disponibili e necessarie per predisporre i primi obiettivi per il miglioramento dell'organizzazione.

Elementi da considerare sono, ad esempio, i verbali dei riesami di ogni singola struttura, laddove disponibili, il cruscotto direzionale, il consuntivo dei risultati raggiunti, con particolare riferimento alle **Regole di Sistema**.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile dell'avvio formale di questa fase.

Il Responsabile per la Qualità è responsabile della raccolta degli elementi in ingresso al Riesame della Direzione Strategica e della predisposizione del relativo rapporto.

Le singole Strutture sono responsabili del proprio riesame interno, a partire dagli elementi in ingresso e forniscono al Responsabile per la Qualità la documentazione di competenza opportunamente schematizzata e corredata dei commenti eventualmente necessari.

Modalità attuative

La Direzione Strategica invia comunicazione formale alle Strutture, indicando la tempistica del processo.

Il Responsabile per la Qualità coordina:

1. la raccolta degli elementi in ingresso:
 - 1.1. la documentazione e delle informazioni necessarie, elaborate a partire dagli elementi in ingresso. A tal fine per agevolare la raccolta delle informazioni necessarie è stato predisposto un elenco (indicativo e non esaustivo) degli **Elementi in ingresso-Ambiti di interesse** la cui analisi è necessaria per sviluppare il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione (**Tabella 1**);
 - 1.2. la raccolta degli ulteriori elementi in ingresso, a valenza aziendale (obiettivi di mandato, vincoli di risorse ecc.);
2. la rielaborazione e la analisi dei risultati raccolti;
3. la redazione del rapporto per il Riesame della Direzione Strategica.

Output

Il risultato finale di questa fase è il **Rapporto per il riesame della Direzione Strategica** che identifica il primo elenco di obiettivi e proposte di miglioramento.

TAB 1 – ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE

Per elementi in ingresso si intendono i requisiti ed i dettami normativi derivanti da disposizioni nazionali, regionali, locali, aziendali, oltre che gli esiti delle verifiche e delle valutazioni compiute dall'organizzazione nel periodo precedente. La presente lista di elementi in ingresso è uno strumento dinamico, che rappresenta un elenco indicativo e non esaustivo, suscettibile di modifiche. In generale gli elementi in ingresso prevedono l'effettuazione di analisi dello stato di realizzazione/avanzamento di precedenti azioni e la definizione di aree di miglioramento. Elementi in ingresso sono derivanti anche dalla attività in capo a Commissioni e Comitati laddove previsti e dal monitoraggio dei relativi processi (ad es.: CCIO ecc.)

AMBITO	REPORT ATTESO DA ANALIZZARE PER SVILUPPARE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO
ECON-FINANZIARIO	situazione economico-finanziaria
STRUTTURA	requisiti di accreditamento
	manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori
	verifiche impianti
	documento di valutazione dei rischi
TECNOLOGIE	governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)
	farmacovigilanza
	dispositivo sorveglianza
	uso in sicurezza dei farmaci
	valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale
SISTEMI INFORMATIVI	progetto SISS
	disaster recovery
	continuità operativa
RISORSE UMANE	requisiti di accreditamento
	analisi del fabbisogno di personale
	governo del clima aziendale “CUG / Stress lavoro correlato”
	sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria
	analisi dell'attività formativa erogata
	rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi
	valutazione e sviluppo delle competenze
	accreditamento provider (ove presente in azienda)
ORGANIZZAZIONE	obiettivi di mandato
	segnalazioni dei cittadini
	rilevazione della qualità percepita (customer)
	strategie della comunicazione aziendale
	gestione del rischio clinico
	gestione del contenzioso
	verbali e reports afferenti a Comitati con partecipazione aziendale
	indicatori dei processi sanitari ed organizzativi dell'assistenza
	qualità della documentazione sanitaria
	qualità dei flussi informativi
	monitoraggio liste d'attesa
	recepimento delle comunicazioni dell'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.lgs 231/01
	adeguamenti del Codice Etico e del Modello Organizzativo
	prevenzione della corruzione, dell'illegalità e trasparenza
	tutela dei dati personali sensibili e genetici
	semplificazione e dematerializzazione
	qualità dei fornitori
	qualità dei servizi forniti in outsourcing
	esiti degli audit interni e di parte terza
	riesame obiettivi medio termine
	sviluppo di processi secondo il metodo HTA
AUTOVALUTAZIONE	riesame delle autovalutazioni

A2) COINVOLGIMENTO ED INTEGRAZIONE

Obiettivi

L'obiettivo della seconda fase consiste nell'effettuare il “Riesame della Direzione Strategica”, a partire da tutti gli elementi in ingresso, raccolti con la Fase A1.

L' intento è quello di perseguire un approccio sistemico ed integrato delle azioni di miglioramento delle diverse aree aziendali anche attraverso il coinvolgimento diretto dei responsabili dei processi chiave nella presentazione e discussione dei risultati raggiunti e nella formulazione delle proposte di nuovi obiettivi o azioni di miglioramento.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile di convocare le funzioni interessate e condurre la riunione di riesame della direzione, con il supporto del Responsabile per la Qualità.

Tutte le funzioni interessate sono responsabili di partecipare attivamente.

Modalità attuative

La Direzione strategica e i partecipanti a questa fase che si conclude con la riunione di riesame, prendono visione del **Rapporto di riesame** e:

- esprimono una valutazione di coerenza rispetto alle “AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE”, (cfr. Fig. 03);
- valutano la coerenza e la congruenza tra i risultati raggiunti e gli obiettivi assegnati;
- analizzano le opportunità di integrazione, coinvolgendo le funzioni interessate e favorendo la visione unitaria dell'organizzazione, mediante la condivisione degli obiettivi comuni;
- riconducono gli obiettivi di singole aree/funzioni ad obiettivi trasversali;
- promuovono uno o più momenti di incontro per la presentazione e la discussione dei risultati con i responsabili dei processi chiave al fine di favorire il confronto diretto e una migliore interpretazione delle informazioni raccolte;
- valutano la congruenza/coerenza delle opportunità di miglioramento emerse dai risultati dell'analisi e dal confronto con i responsabili di processo rispetto agli obiettivi strategici aziendali;
- trasformano i risultati della analisi in “proposte di obiettivi” (azioni di miglioramento dell'organizzazione).

Output

Il prodotto di questa fase è il “**Verbale del Riesame di Direzione Strategica**”, documento che sintetizza le decisioni e individua le azioni in merito al miglioramento dell' organizzazione e all'allocazione delle risorse.

Esso comprende:

1. la situazione di partenza (elementi in ingresso);
2. il Bilancio Preventivo Economico;
3. i vincoli esterni;
4. gli ambiti di miglioramento:
 - a. gli obiettivi cogenti di origine esterna-istituzionali;
 - b. gli scostamenti rispetto ai requisiti dell' accreditamento istituzionale;
 - c. gli scostamenti rispetto agli standard attesi;
 - d. gli obiettivi proposti dai responsabili dei processi chiave;
 - e. gli obiettivi a valenza trasversale proposti dai dipartimenti;
 - f. gli obiettivi “innovativi” indicati dalla Direzione Strategica;
 - g. le raccomandazioni per il miglioramento a valenza dipartimentale.

In fase di prima applicazione questo documento può essere sostituito dalla evidenza degli elementi sopra indicati nel documento programmatico del BPE e nella individuazione dei Macro Obiettivi strategici nel Documento Piano Integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione approvato dalla Direzione Strategica.

A3) INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITA'

Obiettivi

L'obiettivo di questa fase è quello di :

1. selezionare gli obiettivi
2. assegnare le priorità di breve, medio e lungo periodo, realisticamente attuabili, in base alle risorse disponibili.

Le priorità saranno individuate sulla base delle esigenze espresse dal contesto di riferimento dell' azienda (bisogni assistenziali), dei processi aziendali più significativi o che presentano particolari rischi, dai vincoli e priorità poste dal livello istituzionale.

Responsabilità

La Direzione Strategica, coadiuvata dalle funzioni tecniche di supporto, è responsabile dell'individuazione delle priorità e della relativa assegnazione di risorse.

Il Responsabile per la Qualità è responsabile di coordinare l'analisi delle priorità, sulla base di strumenti condivisi (esempio: matrici importanza-fattibilità)

Le strutture di line e staff partecipano alla valutazione preliminare dei criteri di priorità

Modalità attuative

La Direzione strategica individua le priorità, sulla base di espliciti criteri, a partire dall'analisi dei bisogni, da criteri di economicità, dai vincoli di legge, in coerenza con la mission e stabilisce:

- gli obiettivi, gli indicatori e i valori attesi (standard);
- i relativi tempi di realizzazione;
- le risorse da assegnare a livello macro

Criteri e modalità per definire le priorità

Per raggiungere lo scopo l'organizzazione segue il seguente percorso:

1. Individua e aggiorna i Fattori rilevanti per l' organizzazione
2. Valuta l' impatto delle aree di debolezza sull' organizzazione (**IMPORTANZA**)
3. Valuta la capacità di attuare gli obiettivi di miglioramento riferiti alle aree di debolezza (**FATTIBILITA'**)
4. Sceglie le priorità

Aggiornamento dei Fattori rilevanti per l' organizzazione

I fattori rilevanti per l'organizzazione sono stabiliti sulla base di modelli di riferimento della qualità totale, ovvero sugli elementi determinanti la mission e la politica dell'organizzazione. Tali fattori determinano la performance dell'organizzazione e si traducono negli obiettivi strategici e di mandato.

La Direzione Strategica, coadiuvata dal Responsabile per la Qualità e dai Dirigenti delle funzioni di staff, annualmente aggiorna i fattori rilevanti per l'organizzazione, alla luce delle regole di sistema del SSR, delle Cogenze legali nazionali e dell'innovazione e sviluppo dei prodotti/servizi erogati.

Valutazione dell' impatto delle aree di debolezza sull' organizzazione (**IMPORTANZA**)

Le aree di debolezza presentate ed esaminate nel Riesame di Direzione e relativo Verbale (output delle fasi precedenti) sono valutate in base al grado di impatto sui fattori rilevanti. Lo score di valutazione proposto da questo modello si riferisce alla scala di valutazione proposta dal CAF.

Impatto elevato (score 5)	Impatto medio (score 3)	Impatto scarso (score 1)
L'area/problema influisce in modo importante su uno o più Fattori rilevanti	L'area/problema influisce in modo percepibile, anche se non determinante su almeno uno o più Fattori rilevanti	L'area/problema influisce in modo nullo o quasi nullo su uno o più Fattori rilevanti

Valutazione della capacità di attuare gli obiettivi di miglioramento riferiti alle aree di debolezza (FATTIBILITÀ)

Gli obiettivi di miglioramento rivolti alle aree di debolezza rilevate nel Riesame sono valutati in termini di:

- disponibilità nell'organizzazione del complesso delle risorse da impiegare per portare a termine l'iniziativa in esame (risorse umane per numero e competenza, risorse materiali come attrezzature, sistemi informatici,logistica, risorse economiche quali budget per investimenti);
- tempi di realizzazione

Per entrambi i parametri viene proposto lo score di valutazione della metodologia CAF

Capacità elevata (score 5)	Capacità media (score 3)	Capacità scarsa (score 1)
• È attuabile con l'impiego di risorse relativamente modeste • È attuabile con le sole risorse dell'amministrazione • E' attuabile con piena autonomia dell'amministrazione	• Può richiedere un impiego ragionevole di risorse • È attuabile con le sole risorse dell'amministrazione • L'attuazione dipende in parte da vincoli esterni	• Richiederà un impiego consistente di risorse • Dipende da fattori esterni all'amministrazione • L'attuazione dipende completamente da vincoli esterni

Tempi brevi (score 5)	Tempi medi (score 3)	Tempi lunghi (score 1)
Il progetto può essere completato entro 12 mesi dall'avvio. Il progetto può essere completato entro 36 mesi dall'avvio.	Il progetto può essere completato entro 24 mesi dall'avvio.	Il progetto può essere completato entro 36 mesi dall'avvio.

Scelta delle priorità

La scelta delle priorità da parte della Direzione Strategica si avvale dell'orientamento presentato dalla matrice **IMPORTANZA – FATTIBILITÀ**, che permette di mettere a fuoco le iniziative su cui concentrarsi maggiormente. Dal momento che la scelta delle priorità non può essere un atto puramente meccanicistico, la discussione è volta a giudicare la validità e correttezza delle motivazioni che hanno portato all'assegnazione degli score di valutazione, apportando tutte le modifiche che appaiono necessarie (verificare ad esempio se ci siano iniziative che hanno come prerequisito la realizzazione di altre azioni, situazioni molto critiche che richiedono un'immediata attuazione, e altro ancora) e considerando ulteriori parametri, come i tempi di adeguamento per le cogenze legali e l'opportunità di considerare non solo le iniziative strategiche, che devono essere comunque attuate, ma anche quelle di breve durata che possono dimostrare al personale a tutti i livelli il raggiungimento di risultati a valore aggiunto, per favorire il coinvolgimento e la partecipazione.

Alla fine della discussione la Direzione strategica definisce una scala di priorità, derivata dal prodotto tra i tre score previsti dalla **matrice importanza – fattibilità**, che si riflette sulla declinazione degli obiettivi operativi negoziati con il processo di budget.

Output

Il prodotto di questa fase è il **Preliminare del PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE**, in sostanza un elenco degli obiettivi strategici, declinati in ordine di priorità, suddivisi per tempi di realizzazione, con i relativi indicatori, in coerenza con le risorse disponibili.

Ogni obiettivo deve essere esplicitamente definito e corredato dal relativo indicatore (scheda indicatore:razionale e formula di calcolo).

La validazione in ordine alla congruità dell' indicatore e alla sue possibilità di monitoraggio deve essere espressa dalle funzioni competenti (Qualità, Direzione Medica di Presidio, CdG).

Devono essere privilegiati indicatori estraibili da fonti informative già disponibili.

B) APPROVAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO

Obiettivi

Formalizzazione e ufficializzazione del piano di miglioramento.

Si deve dare evidenza a tutti i livelli organizzativi del forte *commitment* della Direzione Strategica circa la sua implementazione.

Responsabilità

La Direzione Strategica è responsabile dell'approvazione del Piano di Miglioramento e del sostegno delle politiche per la sua diffusione interna ai vari livelli organizzativi.

In questa fase la Direzione Strategica è coadiuvata dalla funzioni tecniche di supporto.

Modalità attuative

Il Responsabile per la Qualità, con il contributo delle funzioni tecniche di supporto e dei responsabili dei processi chiave, redige il **Piano Integrato per il Miglioramento annuale**, secondo quanto emerso in fase di discussione e individuazione delle priorità (Fase A3), e lo sottopone alla approvazione della Direzione Strategica.

La struttura del Piano di Miglioramento deve prevedere almeno:

- a) gli obiettivi generali da raggiungere,
- b) i livelli di responsabilità,
- c) il piano temporale delle attività (cronoprogramma),
- d) le risorse per realizzare gli obiettivi
- e) gli strumenti di monitoraggio che concorreranno a integrare il cruscotto direzionale.

In considerazione della dinamicità che un tale piano deve garantire, la definizione di alcuni dei dettagli sopra descritti possono essere rimandati a momenti successivi, ma nel Piano deve comunque essere identificato il responsabile della definizione dei dettagli richiesti ed il termine entro il quale devono essere definiti.

Una volta redatto, il Piano di Miglioramento deve essere:

- a) deliberato/ formalmente approvato dalla Direzione Strategica;
- b) riesaminato dalla stessa ad intervalli pianificati per assicurare la continua adeguatezza alle Linee di indirizzo dei livelli sovraordinati e/o coordinati;
- c) diffuso all' organizzazione mediante una strategia di comunicazione interna capillare (es. Intranet aziendale), ma adattata ai diversi livelli aziendali ai quali si rivolge. La diffusione esterna presuppone una rielaborazione finalizzata al diverso target e significato della comunicazione .

Output

Il prodotto di questa fase è il Piano di Miglioramento approvato, suddiviso in

1. obiettivi pluriennali
2. obiettivi di breve periodo.

Il Piano prevede l' individuazione dei livelli organizzativi ai quali sono affidati gli obiettivi.

PROGRAMMAZIONE (Fase C)

C) DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI ANNUALI

Obiettivi

In questa fase gli obiettivi contenuti nel Piano devono essere declinati alle UUOO in una forma operativa. In particolare gli obiettivi di attività (volumi e case mix di prestazioni) vanno declinati valutando l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza dei servizi e l'equità di accesso. In questa fase sono sottoposti a verifica di fattibilità attraverso il concorso della line operativa.

Responsabilità

La Direzione individua un Responsabile di questa fase. Se viene identificato un responsabile non appartenente a funzioni sanitarie, la direzione individua un responsabile sanitario che, durante la contrattazione, si interfaccia con le UUOO per tutti gli aspetti relativi alle prestazioni sanitarie ed alla organizzazione delle attività.

Modalità attuative

Alla approvazione e diffusione del Piano segue la sua declinazione operativa ai vari livelli organizzativi, attraverso l'identificazione ed assegnazione di obiettivi specifici attuativi delle indicazioni e decisioni strategiche emerse, ovvero l'adattamento alle UUOO degli standard da raggiungere, in relazione alle diverse condizioni di partenza.

La declinazione degli obiettivi di breve periodo ai Dipartimenti ed alle UU.OO. avviene partendo dal **Piano degli obiettivi di breve periodo**, mediante il processo di budgeting: qualora non tutti gli obiettivi siano inseriti nelle schede di budget, le UUOO dispongono di un'altra scheda contenente tutti gli obiettivi loro declinati.

Non devono essere presenti altri strumenti di programmazione oltre a quelli indicati.

E' importante considerare che se è richiesta dai livelli istituzionali la predisposizione di Piani o Programmi specifici secondo logiche diverse (Piano di Risk di Management, Piano delle performance, ecc.), questi elaborati sono una estrapolazione sintetica del **Piano Integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione** e ne rappresentano una declinazione di ambito specifico. Essi vanno sempre raccordati con esso al fine di non determinare duplicazioni ridondanti nella raccolta di dati, generando talora incongruenze di valutazione e confusione nell'organizzazione.

E' predisposta una **prima versione degli obiettivi per i dipartimenti** e per le UUOO corredata dei rispettivi indicatori e risultati attesi, quale base per la contrattazione di budget.

Questa versione è, di norma, redatta dalle Funzioni Responsabili dell' Organizzazione (Direzione medica, Sitra), dalla Funzione Risorse Umane e dal Controllo di Gestione.

La bozza viene inviata alle strutture dipartimentali di line ed agli Staff, per una valutazione preliminare agli incontri con le UUOO.

Di norma, gli incontri avvengono secondo una regolamentazione disposta a livello aziendale fra un Comitato (detto Comitato di budget) ed i Rappresentanti dei dipartimenti (Staff) e degli Organi di staff. In tali incontri si confermano, modificano gli obiettivi e si individuano le condizioni necessarie alla loro realizzazione.

Gli incontri si chiudono con la predisposizione di una versione finale degli obiettivi, che dovrà essere approvata dalla Direzione Generale, previo giudizio di fattibilità espresso, per esempio, da parte del Comitato di budget.

Assegnazione delle Responsabilità e Pianificazione degli obiettivi specifici

Come già detto, il **Piano Integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione** si articola in un **Piano di Miglioramento Pluriennale ed in un Piano Annuale**. Il Piano Annuale può ricomprendere Piani attuativi (di ambito).

Il responsabile di un Piano Attuativo può essere:

- Il Responsabile della funzione organizzativa coinvolta, nel caso in cui le azioni di miglioramento rientrino tra le attività operative di una sola funzione;
- Il Responsabile di un Gruppo di lavoro interfunzionale (esempio CCIO- Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere), nel caso in cui le azioni di miglioramento siano trasversali all'organizzazione.

A questa fase fa seguito la pianificazione degli obiettivi da parte del Responsabile individuato per ciascun obiettivo, (Direttore di Dipartimento o di UUOO o Responsabile di progetto trasversale).

Per ognuno dei Piani attuativi il Responsabile verifica la presenza e completezza dei seguenti elementi, che dovrebbero già essere stati predisposti nel Piano di Miglioramento e li completa laddove necessario con:

- Date inizio e fine
- Modalità di monitoraggio e responsabile monitoraggio
- Necessità formative (verifica di coerenza con piano della formazione)
- Stima delle risorse necessarie
- Verifica di sostenibilità (verifica di coerenza con risorse assegnate dal Piano Strategico)

I Piani Attuativi andranno poi articolati nel dettaglio, definendo le fasi di avanzamento.

In fase di attuazione dei Piani è importante documentare le attività e le azioni di miglioramento poste in essere, attraverso la redazione di documenti, verbali, report, ecc.

Nel corso del monitoraggio dei Piani, a periodicità preventivamente definite, si dovrà mantenere sempre la comunicazione continua dei risultati intermedi, alle eventuali criticità, al mantenimento della coerenza globale (di tempi e/o obiettivi) con il Piano Strategico, ai fini del mantenimento del quadro globale di riferimento assunto.

Output

Il Risultato di questa fase è la assegnazione di obiettivi annuali ai Dipartimenti, alle UUOO ed alle funzioni di staff. Poiché nell' esperienza già consolidata la numerosità degli obiettivi è alta si possono preferire due indirizzi non contrapposti ma funzionalmente differenti:

- 1) il primo, che vede la scelta di riunire in un unico documento (scheda di budget) tutti gli obiettivi;
- 2) il secondo, che distingue due tipologie di obiettivi, entrambi concorrenti alla valutazione complessiva delle strutture, di cui uno fortemente orientato agli aspetti organizzativi e clinici ed uno prettamente economico-finanziario.

MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI (Fase D)

D) MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Obiettivi

Obiettivo di questa fase è garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, rispetto all' atteso e attivare le conseguenti azioni. Comunicare ai vari livelli i risultati del monitoraggio intermedio.

Responsabilità

Il Responsabile per la Qualità è responsabile della raccolta dei risultati e della stesura dei report periodici di attuazione del PIMO.

La complessità di questa fase è tale che risulta necessario disporre di un **piano del flusso informativo verso il collettore centrale**, in cui siano indicati i responsabili della raccolta e validazione dei risultati dei singoli obiettivi.

Il Controllo di Gestione è responsabile della raccolta dei risultati e della stesura dei report periodici relativamente alle schede di budget annuali.

Per ogni obiettivo deve essere individuato un **CERTIFICATORE DEL RISULTATO**, responsabile della verifica e validazione dei risultati raccolti.

La scelta degli indicatori appropriati e la validazione dei risultati ottenuti sono momenti chiave del processo e devono essere presidiati da professionisti competenti.

Modalità attuative

Secondo il seguente schema:

Monitoraggio e valutazione di periodo

1. Gli obiettivi declinati alle UUOO possono richiedere una pianificazione dedicata ed un monitoraggio stretto (mensile) ovvero necessitare esclusivamente di un monitoraggio di più lungo periodo (quadrimestrale, semestrale);
La prima operazione da eseguire è classificare gli obiettivi secondo quanto indicato al comma precedente e procedere alla pianificazione ove richiesto;
2. Predisposizione ed invio di Report di monitoraggio degli obiettivi di budget (Controllo di Gestione);
3. Predisposizione del Report di monitoraggio periodico degli obiettivi di interesse strategico e di interesse delle funzioni organizzative operative (dipartimenti);
4. Tenuta del Cruscotto aziendale (Sistema di Gestione Qualità Aziendale);
5. Analisi degli scostamenti attuata mediante riesami periodici da parte dei dipartimenti e della direzione strategica (Sistema di Gestione Qualità aziendale e Funzioni di staff);
6. Individuazione e condivisione di azioni reattive agli scostamenti inattesi;
7. Declinazione alle UUOO delle azioni reattive.

Valutazione a consuntivo

Al termine del periodo di esercizio (annualità) le direzioni, ad ogni livello, esprimono valutazioni in ordine ai risultati raggiunti nel proprio RIESAME.

Il Sistema di Gestione Qualità aziendale esprime la valutazione sui risultati raggiunti dall' organizzazione in ogni settore ed ambito chiave di interesse.

Output

Gli output di questa fase sono:

1. un report di commento ai risultati del monitoraggio periodico del budget;
2. un report di commento ai risultati del cruscotto aziendale (Sistema di Gestione);
3. un rapporto di valutazione a consuntivo sulla attuazione del Piano di Miglioramento annuale (Sistema di Gestione), contenente le indicazioni per il futuro.

RENDICONTAZIONE E TRASPARENZA (Fase E)**E) REPORTING E COMUNICAZIONE****Obiettivi**

L' Obiettivo di questa fase è garantire una comunicazione dei risultati raggiunti dall' organizzazione verso l' interno e verso l' esterno.

Responsabilità

Direzione Strategica tramite Il Rappresentante della qualità ed Il Responsabile della Comunicazione

Modalità attuative

1. Il Rapporto di valutazione, redatto dal Sistema di Gestione Qualità Aziendale è diffuso alla organizzazione attraverso una comunicazione diretta e la pubblicazione nell' intranet aziendale;
2. La sintesi dei risultati e le prospettive future sono rappresentate all' organizzazione nella Conferenza Annuale dei Servizi a cura della Direzione Strategica;
3. I Direttori di dipartimento presentano e discutono i risultati raggiunti dalla organizzazione con gli operatori del dipartimento: le conclusioni trovano evidenza nel documento di RIESAME del dipartimento.
4. Una sintesi del Rapporto di Valutazione viene redatta in un linguaggio adatto alla comunicazione esterna e divulgato alla cittadinanza ed agli stakeholders, nonché pubblicato sulla internet aziendale.

Output

Il Rapporto di valutazione aziendale dei risultati raggiunti e del miglioramento conseguito dall' organizzazione con i suggerimenti per il futuro.

CORRELAZIONE TEMPORALE FRA IL PIANO DEL MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE E GLI ALTRI DOCUMENTI DI PIANIFICAZIONE

Un aspetto rilevante del processo è la connessione temporale delle scadenze previste dagli obblighi informativi oggi presenti, non ancora armonizzati fra loro.

Nell' **Allegato 1 - TABELLA 02**- al presente documento sono evidenziate le cadenze temporali dei documenti di pianificazione in uso con l' intento di migliorare nel futuro la correlazione temporale evidenziando ai decisori le attuali incongruenze, e favorire la predisposizione di iniziative future.

La rappresentazione non si ritiene assolutamente esaustiva attesa la complessità della materia.

ALLEGATO 01 Tabella n. 2 Correlazione temporale fra il Piano Integrato per il Miglioramento dell' Organizzazione e gli altri documenti o momenti del processo di pianificazione

CRUSCOTTO AZIENDALE – IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI ELEMENTI DA MONITORARE NELLE AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO

Fermi restando i debiti informativi legati ai flussi già implementati da Regione Lombardia e che in parte sono presenti e ricompresi negli ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE individuati nella tabella 01, lo sviluppo dei **Piani di miglioramento** deve prevedere la definizione di un set di indicatori che misurino l'andamento e la realizzazione dei processi di miglioramento avviati (**Cruscotto aziendale**).

Il cruscotto aziendale costituisce la fonte per i Piani richiesti dalle normative di settore (Piano delle performance, Risk Management, Trasparenza ecc.).

In particolare, per gli aspetti pratici, alla composizione del "**cruscotto aziendale**" concorrono i seguenti indicatori rappresentativi di tutte le aree (economico-finanziaria, qualità delle cure ecc.):

primo livello:

- indicatori selezionati da Regione Lombardia (afferenti e non al sistema di valutazione delle aziende sanitarie)
- indicatori atti al monitoraggio degli elementi individuati dalla "Check list di autovalutazione delle strutture sanitarie", comprensivi sia della realizzazione di documentazione idonea alla gestione dei requisiti presenti sia della raccolta e riesame di elementi clinici ed assistenziali che rappresentano le priorità individuate da Regione attraverso la pubblicazione dell'allegato "indicatori";

secondo livello

- indicatori individuati dalle Aziende Sanitarie in relazione a specifici obiettivi economici e sanitari (per esempio derivati da AHRQ, AGENAS ecc.)

FORMAZIONE

Nell'ambito dei programmi di formazione continua in tema di metodologia della qualità, per tutti i livelli dell'Organizzazione, andranno previsti specifici richiami al processo di Riesame della Direzione e Sviluppo dei piani di miglioramento continuo, anche attraverso la diffusione e consultazione della presente Raccomandazione.

IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLA RACCOMANDAZIONE A LIVELLO AZIENDALE

Obiettivo è evidenziare il percorso di crescita dell'organizzazione.

Metodo di sviluppo e di lavoro

- 1) presentazione e distribuzione a opera della Direzione Strategica della raccomandazione ai responsabili delle funzioni aziendali (FA) che governano gli ambiti di interesse individuati nella tabella 1
- 2) Individuazione da parte della Direzione Strategica delle FA e il relativo Coordinatore per il governo dei piani di miglioramento e per la stesura del piano aziendale e delle verifiche periodiche sullo stato dell'arte dei progetti
- 3) formazione sul metodo per l'implementazione della raccomandazione, finalizzata a:
 - a) individuazione e raccolta da parte delle FA del debito informativo ordinariamente già assolto per lo sviluppo della raccomandazione ed il debito residuo che richiede l'implementazione del piano di miglioramento.
 - b) Valutazione degli strumenti aziendali in uso e confronto con il contenuto delle variabili presenti nella raccomandazione
 - c) Presentazione dei modelli per la raccolta dei progetti di miglioramento secondo i criteri della raccomandazione.
- 4) Pianificazione dei tempi di attivazione delle procedure sottese dalla raccomandazione.
- 5) Monitoraggio e riesame dello stato di applicazione della raccomandazione;
- 6) Si deve dare evidenza della progressiva applicazione della raccomandazione documentando il consolidamento dei risultati raggiunti;

ALLEGATI

ALLEGATO 01 - Tabella n. 2 Correlazione temporale fra Piano di Miglioramento e gli altri documenti o momenti del processo di pianificazione

FAC SIMILI (cfr alla DGR 3652 del 5.6.2015):

fac-simile di Rapporto di Riesame

fac-simile bozza di Piano di Miglioramento (Annuale-Pluriennale)

fac-simile di schema degli obiettivi strategici

fac simile Schema Piani Attuativi

Esempio di composizione del “cruscotto aziendale”

Per questi format si fa riferimento alle procedure di Sistema della ASST di Crema

INDICE DELLE TABELLE E DELLE FIGURE

TAB 1 – ELEMENTI IN INGRESSO-AMBITI DI INTERESSE

TAB 2 – CORRELAZIONE TEMPORALE FRA PIANO DI MIGLIORAMENTO E GLI ALTRI DOCUMENTI O MOMENTI DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE

FIGURA N°01

**VISIONE SISTEMICA DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE E
CONTESTUALIZZAZIONE DEGLI STRUMENTI DISPONIBILI**

FIGURA N° 02

AREE CHIAVE DEL MIGLIORAMENTO – AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE

FIGURA N°03

METODOLOGIA ED APPROCCIO OPERATIVO

FIGURA N°04

**APPROCCIO OPERATIVO – PIANIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEL MIGLIORAMENTO -
DETTAGLIO**

ALLEGATO 01 - Tabella n. 2 Correlazione temporale fra Piano di Miglioramento e gli altri documenti o momenti del processo di pianificazione

DATA	Scadenze	MILESTONES	DOC CORRELATI	Documenti/Relazioni (Pubblici)	Documenti/Relazioni (Privati)	LIVELLO 3	LIVELLO 4
1-dic	Regole di sistema						
1-gen	Circolari regole di sistema						
1-gen	Bilancio Preventivo (1° invio)						
10-gen	Invio dati Reclami (ASL Milano)						
10-gen	Rendicontazione Progetti Risk Management						
31-gen	Piano dei controlli (DGR 4334 e circ. 36178 17.12.12)						
1-feb	Obiettivi di mandato ai DG (strutture pubbliche)						
1-feb	RIESAME DELLA DIREZIONE-inizio						
25-feb	RIESAME DELLA DIREZIONE - fine						
25-feb	STESURA OBIETTIVI STRATEGICI						
28-feb	PIANO DEGLI OBIETTIVI - DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE						
28-feb	Relazione Prevenzione e controllo Infezioni						
28-feb	Piano Prevenzione Infezioni						
28-feb	Piano investimenti						
28-feb	Piano della Comunicazione						
28-feb	Piano della Formazione						
28-feb	Verifica finale budget x-1						
28-feb	Verifica finale obiettivi x -1						
10-mar	Piano obiettivi operativi (declinati alle UUOO)						
10-mar	Inizio processo budget						
10-mar	Approvazione Bilancio di Esercizio						
15-mar	Piano della Formazione (per i Provider inserito su sistema gestionale ECM)						
31-mar	Chiusura contratto Asl						
31-mar	Verifica finale obiettivi x -1						
15-mar	Obiettivi Siss						
31-mar	Piano Siss						
31-mar	Piano di Risk Management						
15-apr	Chiusura processo di budget						
15-apr	CET						
30-apr	Approvazione budget						
31-mag	Cheklis autovalutaz. AScolto del cittadino (ASL Milano)				Cheklis autovalut. az. Scolto del cittadino (ASL Milano)		
15-giu	Piano adeguamenti strutturali (stato di avanzamento)						
30-giu	Approvazione Bilancio di Esercizio						
30-giu	Piano delle Performance						
15-lug	Piano programmatico triennale (LR 7 - maggiorazioni tariffarie) entro 15 gg. dopo la chiusura del bilancio				Piano programmatico triennale (LR 7 - maggiorazioni tariffarie)		

					entro 15 gg. dopo la chiusura del bilancio		
15-lug	CET						
15-ott	CET						
15-ott	Inizio processo di budget						
31-ott	Piano della Formazione - ultime rettifiche (per i Provider inserito su sistema gestionale ECM)						
30-nov	Chiusura processo di budget						
	Approvazione budget						
1-dic	Regole di sistema						
15-dic	Invio dati Customer (ASL Milano)				Invio dati Customer (ASL Milano)		
31-dic	Approvazione budget						
	LEGENDA						
	Solo Pubblici						
	Solo Privati						
	Pubblici e Privati						
	Scadenze suggerite dalla nuova Raccomandazione						